

# 复发性腰椎间盘突出症的手术治疗

王兴中

(浙江省诸暨市中医医院, 浙江 诸暨 311800)

**摘要 目的:**评价复发性腰椎间盘突出症的手术治疗效果及安全性。**方法:**2003 年 1 月至 2012 年 6 月,对 23 例复发性腰椎间盘突出症患者进行手术治疗,男 18 例,女 5 例。年龄 23~54 岁,中位数 37 岁。患者职业:长期从事体力劳动者 6 例,长途汽车司机 2 例,长期伏案工作者 15 例。第 1 次手术均为单纯髓核摘除术,其中 L<sub>4-5</sub> 12 例, L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 11 例。复发距第 1 次手术时间 8 个月至 3 年,中位数 19 个月。复发部位:与第 1 次手术同侧 13 例,对侧 7 例,双侧 3 例。所有患者均有腰痛及下肢坐骨神经放射痛等症状。术后随访观察腰腿痛症状改善情况及并发症发生情况。**结果:**双侧椎板开窗 2 例,单侧半椎板切除 13 例,全椎板切除 8 例。手术时间 2.5~4 h,中位数 3 h。术中出血量 600~1 500 mL,中位数 1 100 mL。所有患者均获随访,随访时间 6 个月至 8 年,中位数 4 年。患者腰痛、下肢痛等症状明显改善,但均有不同程度的腰部僵硬感。硬脊膜囊破裂 2 例,脑脊液漏 1 例,患侧下肢肌力减退 2 例。参照日本整形外科学会腰痛疾患疗效标准评分,并根据评分结果计算改善率。本组治愈 14 例,显效 6 例,有效 3 例。**结论:**对复发性腰椎间盘突出症进行手术治疗可以有效缓解患者的腰腿痛症状,但手术出血量较大,且容易出现硬脊膜囊破裂、脑脊液漏等并发症,因此术者应提高警惕、谨慎操作。

**关键词** 腰椎 椎间盘移位 再手术

腰椎间盘突出症的治疗以非手术疗法为主,马尾神经受损或经非手术治疗无效者可采用手术疗法,临床常用的有髓核摘除术、椎体间植骨融合术、椎弓根钉内固定术等。手术疗法虽然有一定的效果,但是受患者病情程度、术者手术技术、医疗设备配置情况等因素影响,术后容易复发。2003 年 1 月至 2012 年 6 月,我们对 23 例复发性腰椎间盘突出症患者进行手术治疗,效果满意,现报告如下。

## 1 临床资料

本组 23 例,男 18 例,女 5 例;年龄 23~54 岁,中位数 37 岁;均为复发性腰椎间盘突出症患者。患者职业:长期从事体力劳动者 6 例,长途汽车司机 2 例,长期伏案工作者 15 例。第 1 次手术均为单纯髓核摘除术,其中 L<sub>4-5</sub> 12 例, L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 11 例。复发距第 1 次手术时间 8 个月至 3 年,中位数 19 个月。复发部位:与第 1 次手术同侧 13 例,对侧 7 例,双侧 3 例。伴邻近节段椎间盘突出者 3 例。所有患者均有腰痛及下肢坐骨神经放射痛等症状。

## 2 方法

采用全身麻醉,患者取俯卧位。沿原切口切开皮肤,并适当延长切口,逐层剥离软组织及椎旁肌,显露病变节段关节突关节,双侧植入椎弓根螺钉。局部应用透明质酸钠注射液,小心剥离瘢痕组织,根据手术需要进行双侧椎板开窗、单侧半椎板切除或全椎板切

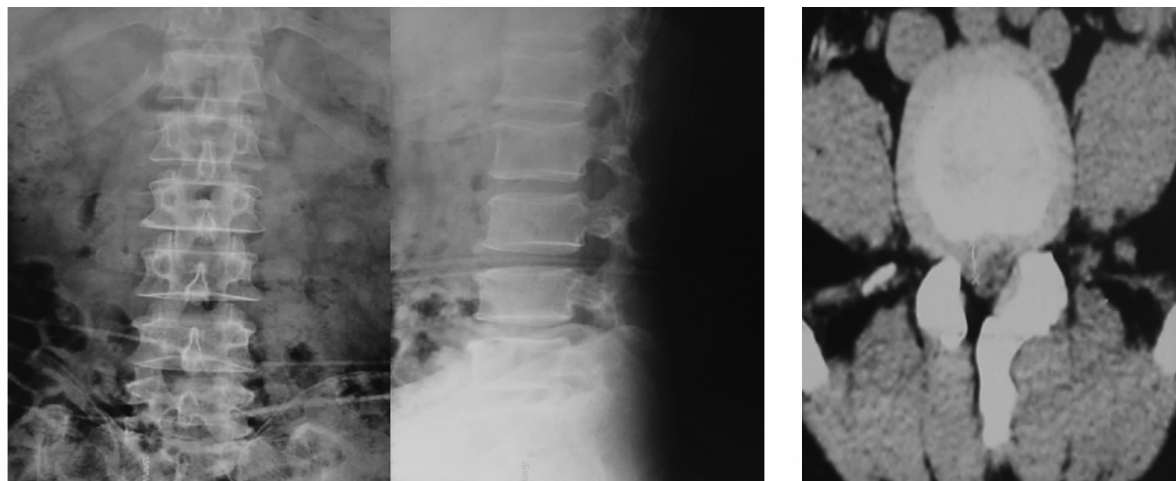
除,牵开硬脊膜及神经根,显露椎间隙,清除残余的椎间盘髓核组织,切除软骨终板,采用自体髂骨植骨。用连接杆连接椎弓根螺钉,并适当加压固定。

## 3 结果

双侧椎板开窗 2 例,单侧半椎板切除 13 例,全椎板切除 8 例。手术时间 2.5~4 h,中位数 3 h。术中出血量 600~1 500 mL,中位数 1 100 mL。所有患者均获随访,随访时间 6 个月至 8 年,中位数 4 年。腰痛、下肢痛等症状明显改善,但均有不同程度的腰部僵硬感。硬脊膜囊破裂 2 例,脑脊液漏 1 例,患侧下肢肌力减退 2 例。参照日本整形外科学会腰痛疾患疗效标准<sup>[1]</sup>评分,并根据评分结果计算改善率。改善率 = [(治疗后评分 - 治疗前评分) / (正常评分 - 治疗前评分)] × 100%<sup>[2]</sup>。改善率 = 100% 为治愈, >60% 为显效, 25%~60% 为有效, <25% 为无效。本组治愈 14 例,显效 6 例,有效 3 例。典型病例图片见图 1。

## 4 讨论

腰椎间盘突出症多采用非手术疗法治疗,仅在必要情况下采取手术治疗,其手术适应证为:已确诊的腰椎间盘突出症患者,有无法忍受的腰腿痛症状,经非手术治疗 >2 个月无效者;马尾神经受压者<sup>[3]</sup>。初次采用单纯髓核摘除术治疗的腰椎间盘突出症患者,术中无需植骨,因此常遗留髓核组织,术后容易复发;

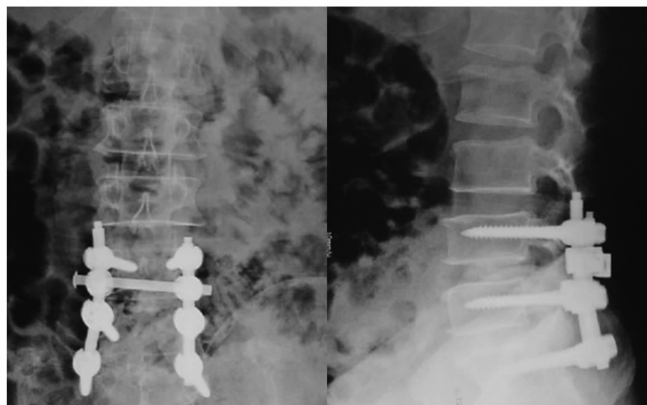


(1)第2次手术前X线片

(2)第2次手术前CT片



(3)第2次手术前MRI片



(4)第2次手术后X线片

图1 患者,男,41岁, L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 椎间盘突出术后复发合并 L<sub>4-5</sub> 椎间盘突出

术中未进行内固定,术后容易出现腰椎失稳、侧隐窝及神经根管狭窄等并发症,可导致腰痛及下肢痛症状加重<sup>[4-5]</sup>。腰腿疼痛是腰椎间盘突出症患者术后就诊的主要原因,可通过临床症状、体征结合 X 线摄片检查或 CT、MRI 检查进行诊断<sup>[6]</sup>。为了显示椎间盘突出的具体情况,也可以采用脊髓造影检查<sup>[4]</sup>。

腰椎间盘突出术后复发的患者,其病变部位瘢痕组织增生、粘连现象较为严重,术中不易分离硬脊膜及神经根,容易引起硬脊膜囊破裂及脑脊液漏等并发症<sup>[7]</sup>。术中局部应用透明质酸钠注射液,有助于松解粘连的瘢痕组织。瘢痕组织粘连较轻的患者,可从瘢痕组织与正常组织交界处开始显露,切除瘢痕组织即可显露神经根;瘢痕组织粘连较严重的患者,可从原手术部位周围正常组织处开始显露。神经根显露情况良好时,无需完全暴露硬脊膜囊,仅将瘢痕组织削薄即可。若硬脊膜囊破裂,应立即缝合,且术后禁止采用负压封闭引流措施。因为术中需要分离瘢痕组织、清理髓核、部分或全部切除椎板,故软组织损伤情况较初次手术严重,术中、术后出血量较多。自体

髂骨椎间植骨内固定可以重建腰椎的稳定性,能够有效预防腰椎失稳等并发症。

本组患者治疗结果显示,对复发性腰椎间盘突出症进行手术治疗可以有效缓解腰腿痛等症状,但手术出血量较多,且容易引起硬脊膜囊破裂、脑脊液漏等并发症,因此手术时术者应提高警惕、谨慎操作。

## 5 参考文献

- [1] 日本整形外科学会. 腰痛疾患治疗成绩制定基准[J]. 日整会志, 1986, 60(2): 391-393.
- [2] 金大地, 瞿东滨, Charles D. Ray. 脊柱椎间关节成形术[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2004: 69-70.
- [3] Carlisle E, Luna M, Tsou PM, et al. Percent spinal canal compromise on MRI utilized for predicting the need for surgical treatment in single-level lumbar intervertebral disc herniation[J]. Spine J, 2005, 5(6): 608-614.
- [4] 郭钧, 陈仲强, 齐强, 等. 腰椎间盘突出术后复发的临床分析[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2004, 14(6): 334-337.
- [5] 郑杰, 杨永宏, 楼肃亮, 等. 经椎间孔椎体间融合术治疗极外侧型腰椎间盘突出症[J]. 中医正骨, 2011, 23(3): 70-71.

(下转第 72 页)

---

(上接第 70 页)

[6] Watters WC 3rd, McGirt MJ. An evidence – based review of the literature on the consequences of conservative versus aggressive discectomy for the treatment of primary disc herniation with radiculopathy[J]. Spine J, 2009, 9(3):240 – 257.

[7] 顾军, 韩贵和, 沈健, 等. 腰椎间盘突出症术后复发原因分析及治疗——附 28 例病例报告[J]. 中医正骨, 2009, 21(6):28 – 29.

(2012-12-31 收稿 2013-01-24 修回)